

**SUJET 5**

**NOUVELLES INITIATIVES: SECTEUR PRIVE ET FINANCEMENT SOCIAL**

## **SUJET 5. NOUVELLES INITIATIVES: SECTEUR PRIVE ET FINANCEMENT SOCIAL**

Deux autres possibilités visant à améliorer l'accès et à accroître les ressources pour le financement des soins de santé sont examinées avec attention au moment où les ministères de la santé (MS) africains affinent leurs stratégies de recouvrement des coûts et d'allocation des ressources:

- > l'élargissement du rôle des prestataires privés dans la réalisation des buts de santé publique (par exemple, les prestataires non gouvernementaux de soins de santé, les prestataires à but lucratif)
- > l'identification d'options pour le financement des soins de santé (par exemple, l'assurance privé, les financements sociaux à base communautaire, les plans d'assurance au niveau des entreprises).

Il existe des bases pour ces deux initiatives dans tous les pays africains, mais l'expérience pour un élargissement des services privés et de l'assurance-maladie est limitée, et toutes les possibilités n'ont pas été exploitées. Le *Sujet 5* présente certaines des questions et théories les plus fréquentes pour ou contre ces initiatives.

**QUESTION 19:      Qui sont les prestataires privés et que peuvent-ils faire pour contribuer aux priorités de santé publique?**

**EN BREF:** Les soins de santé privés en Afrique subsaharienne comprennent les services fournis par les organisations non gouvernementales (ONG), les entreprises, le personnel médical à but lucratif et les tradipraticiens. En fonction des dimensions, de la portée et de la nature des soins qu'ils fournissent dans chaque pays, ces prestataires peuvent aider les ministères à réaliser leurs buts en améliorant la disponibilité et l'efficacité des services de santé et en libérant les pouvoirs publics de la prise en charge des patients qui n'ont pas les moyens de payer. Les ministères doivent aussi adopter des mesures pour éviter d'éventuels effets préjudiciables.

**Quelles sources privées fournissent déjà des soins de santé en Afrique?**

Parmi les prestataires privés de soins de santé en Afrique figurent:

- > les prestataires non gouvernementaux, à but non lucratif, de services qui demandent habituellement une somme modeste, avec des dispenses possibles pour les plus défavorisés. Ce groupe comprend les prestataires bénévoles religieux, de collectivités et privés.
- > les prestataires à but lucratif, qui font payer des honoraires pour couvrir leurs frais, et dégager en plus un bénéfice. Ce groupe comprend les cabinets de médecins ou d'infirmiers/infirmières privés, les cliniques et les hôpitaux gérés de manière privée et les guérisseurs traditionnels.
- > des prestataires de services de santé au niveau des entreprises qui fournissent certains services aux employés et parfois aux familles de ceux-ci. Ce groupe comprend les dispensaires d'entreprise et le personnel de santé qui travaille sous contrat pour des compagnies.

**Quel rôle jouent les prestataires privés dans la fourniture de soins de santé en Afrique?**

*Les prestataires non gouvernementaux*, surtout les missions religieuses qui fonctionnent sur une base non lucrative, sont sans doute les prestataires privés les plus importants dans la catégorie des soins médicaux occidentaux, dans la plupart des pays africains. Habituellement, ils desservent les populations rurales et les pauvres des villes, leur apportant des soins curatifs et préventifs dans des contextes de soins primaires, ainsi qu'en milieu hospitalier.

- > En Tanzanie, en 1991 par exemple, les organisations bénévoles géraient des capacités hospitalières (11.341 lits) pratiquement aussi importantes que celles de l'Etat (12.548 lits).[10]
- > En Ouganda, les organisations non gouvernementales (ONG) exploitent 36 des 50 hôpitaux secondaires et tertiaires (72 pour cent, avec 63 pour cent des capacités en lits).[13]

- > En Zambie, la capacité en lits des missions (6.358) est égale à 38 pour cent de celle du MS et à 25 pour cent de la capacité totale en lits du pays.[2]

Le nombre des *prestataires de soins de santé à but lucratif* et la complexité des services offerts sont très variables, à l'intérieur d'un même pays, ainsi qu'entre pays. Les *tradipraticiens* sont habituellement le groupe le plus important de particuliers en Afrique subsaharienne qui fournissent des soins de santé pour en tirer un bénéfice.

Quelques pays ont récemment autorisé la pratique à des fins lucratives d'une médecine occidentale (par exemple, en Tanzanie, au Mozambique), alors que d'autres disposent d'un secteur occidental payant depuis de nombreuses années (par exemple, le Kenya). Dans certains pays, les employés à la retraite du MS ouvrent un cabinet privé. Dans d'autres, les ministères permettent aux médecins d'avoir des clientèles privées en dehors de leurs heures normales de service, ou de fournir des services dans des ailes privés d'hôpitaux publics (par exemple, au Kenya).

- > Au Kenya où les soins de santé privés sont peut-être les plus développés, les prestataires privés à but lucratif sont propriétaires de 25 pour cent des établissements sanitaires, et les missions religieuses de 9 pour cent. Le MS gère 61 pour cent des établissements sanitaires, et les municipalités 5 pour cent. Près de la moitié des centres médicaux et des hôpitaux du niveau tertiaire sont privés ou sont gérés par des missions. Les maternités et les maisons de repos sont presque entièrement privées et payantes.[4]
- > Dans les régions rurales de Zambie, les tradipraticiens représentent 12 pour cent de toutes les visites de soins de santé; les établissements de missions, 14 pour cent; et les établissements d'Etat comptent pour le reste. Dans les zones urbaines de Zambie, les tradipraticiens représentent 6 pour cent des visites; les prestataires d'entreprise et autres prestataires privés, 25 pour cent; et les pouvoirs publics, 69 pour cent.[2]

L'importance des *prestataires basés dans l'entreprise* dépend du nombre et du type d'industries existant dans un pays et l'existence ou non des mécanismes de remboursement d'assurance qui se substituent aux services de santé fournis directement par les employeurs.

- > En Tanzanie, où l'assurance-maladie en est à ses débuts, la moitié des 200 employeurs récemment interrogés fournissent directement un type de services de santé à leurs employés par le truchement de contrats avec des établissements privés ou gérés par des missions, ou par leurs propres dispensaires ou hôpitaux. Le reste des employeurs ont une forme ou une autre de mécanisme d'assurance ou de remboursement.[10]
- > Au Nigéria, cinq grandes sociétés paraétatiques offrent à leurs employés et à la famille de ceux-ci des soins de santé exhaustifs dans leurs locaux ou par le truchement de contrats avec des hôpitaux et des médecins privés.[16]

**Comment les prestataires privés contribuent-ils aux buts de santé publique?**

Une augmentation du nombre et du type de prestataires du secteur privé pourrait aider les ministères de la santé à:

- > améliorer en général la disponibilité et l'accessibilité des services de santé et des médicaments, tout en libérant les pouvoirs publics de la nécessité de fournir directement des soins de santé
- > accroître la disponibilité de services de santé pour les populations les moins bien desservies, les plus difficiles à atteindre, et celles ayant les revenus les plus faibles
- > accroître l'efficacité générale de la prestation de services de santé en permettant à l'Etat de profiter des gains de productivité des prestataires privés
- > réduire les financements de l'Etat pour les services de santé que les gens sont en mesure de payer, et peuvent payer de leur poche ou avec des remboursements d'assurances.

Les *prestataires de missions* par exemple pourraient contribuer à la santé publique en maintenant et en élargissant leurs capacités de prestation de services de qualité, surtout de services préventifs prioritaires, aux pauvres et aux populations sous-desservies, à des prix qu'ils puissent payer.

Les prestataires à but lucratif peuvent avoir une contribution particulièrement importante en fournissant des services à des gens qui pourraient payer mais qui utilisent des soins publics gratuits ou fortement subventionnés. On disposerait ainsi de davantage de ressources pour les personnes qui sont le moins en mesure de payer.

- > Au Kenya, les établissements sanitaires privés fournissent environ 20 pour cent de toutes les vaccinations des enfants, environ 16 pour cent des services d'accouchement en dehors du domicile, et 24 pour cent des traitements de la diarrhée dans les zones rurales et 14 pour cent en milieu urbain. Les établissements sanitaires des missions traitent entre 20 et 30 pour cent des cas de tuberculose, et ils diagnostiquent et orientent entre 10 et 20 pour cent des cas. Le coût élevé des médicaments pour la tuberculose sur le marché privé a entraîné une diminution du nombre des prises en charge dans le secteur privé à but lucratif. Les missions, les hôpitaux et les dispensaires privés, ainsi que les magasins privés, traitent aussi, selon les estimations, 27 pour cent des fièvres et des toux chez les enfants.[4]
- > En Zambie, les prestataires de soins privés administrent 17 pour cent de toutes les vaccinations contre la rougeole dans les zones rurales et 17 pour cent dans les zones urbaines. Ils traitent aussi 22 pour cent des cas de diarrhées de l'enfant dans les zones rurales et 24 pour cent des cas dans les villes, ainsi que 24 pour cent des cas de fièvre et de toux chez des enfants en milieu rural, et 38 pour cent des cas en ville.[2]

Les *prestataires de soins traditionnels* peuvent aussi apporter leur contribution du fait qu'ils sont facilement accessibles et qu'ils ont la confiance des utilisateurs. De nombreux ministères de la santé ont fourni aux praticiens des formations et du matériel pour qu'ils améliorent la qualité

de leurs services. Par exemple, des accoucheuses traditionnelles recyclées aident depuis longtemps à mettre à la disposition des femmes des campagnes et des villages des services d'accouchement plus sûrs et elles contribuent à diffusion de messages de santé.

Les *dispensaires d'entreprise* offrent à de nombreuses personnes une gamme de services de santé de qualité et ils peuvent jouer un rôle important là où ils existent.

### **Comment les ministères devraient-ils se préparer pour un secteur sanitaire privé important ou en expansion?**

L'expansion des secteurs privés peut créer une concurrence entre le public et le privé pour attirer les patients et le personnel de santé. Cette concurrence peut être bénéfique ou néfaste selon la manière dont elle est traitée. Les initiatives de recouvrement des coûts des pouvoirs publics et la durabilité financière des services de santé publique pourraient être compromises si les prestataires à but lucratif détournent à leur profit la plupart des patients payants du secteur public. Les formations sanitaires d'Etat où le recouvrement des coûts est pratiqué doivent pouvoir concurrencer, sur le plan des prix comme de la qualité, les prestataires privés.

En outre, des possibilités accrues dans le secteur privé et la perspective de revenus plus élevés entraînent du désaffection du secteur public chez le personnel de santé. Lorsqu'il en est ainsi, il convient d'améliorer les conditions de travail et les incitations dans le secteur public. De nombreux MS permettent le "travail au noir" pour tenir compte de la situation mais rares sont ceux qui ont trouvé jusqu'à présent une formule idéale pour contenir les abus pouvant se produire.

Beaucoup de gens affirment que le secteur privé est toujours plus efficace que le secteur public et qu'il fournit des services de meilleure qualité. Compte tenu de la vaste gamme de prestataires privés qui existent, de telles généralisations doivent être appréhendées avec scepticisme. Les ministères doivent généralement renforcer leurs capacités pour réglementer la qualité, pour faire appliquer les procédures d'enregistrement et d'agrément, et la surveillance des établissements de santé ainsi que des standards de sécurité, au fur et à mesure que le secteur privé prend de l'ampleur. (Voir Encadré 5-1)

## ENCADRE 5-1 QUALITE CONTRE EFFICIENCE?

Beaucoup de gens disent avec insistance que le secteur privé est plus efficace que le secteur public pour la prestation de services de santé. D'autres affirment que le secteur privé sacrifie la qualité au profit de l'efficacité. En fait, peu d'indications confirment ou infirment ces opinions.

- Au Sénégal, une étude montre que - pour environ le même prix - des prestataires privés non gouvernementaux (établissements de missions religieuses) étaient plus efficaces que les prestataires publics (tel que mesuré par le nombre de visites par agent de santé). Ils fournissaient aussi des services de meilleure qualité (tel que mesuré par le respect des protocoles de traitement, par d'autres facteurs cliniques et par la satisfaction des patients et des prestataires). Mais la même étude trouvait aussi que des prestataires à but lucratif et des dispensaires d'entreprise offraient des soins moins efficaces et de moindre qualité que les prestataires non gouvernementaux.<sup>1</sup>
- Au Kenya, une autre étude a mis en évidence des résultats tout aussi mitigés. En utilisant une méthode de classement en fonction de la qualité, des chercheurs ont trouvé que, sur les cinq scores les plus élevés pour la qualité en général, deux avaient été enregistrés dans des établissements de l'Etat et trois dans des établissements de missions. Le coût moyen par visite ambulatoire était plus faible dans les formations publiques que dans celles dépendant de missions. L'étude a conclu qu'il n'est pas possible de se livrer à des généralisations au sujet de l'efficacité relative des services de santé de l'Etat et des missions, et que la prestation efficace du service dépend davantage des pratiques de gestion que de l'appartenance à tel ou tel groupe.<sup>2</sup>
- En Tanzanie, moins de la moitié des établissements de santé affiliés à des églises et à d'autres organismes bénévoles à Dar es-Salam suivaient des pratiques cliniques acceptables, un pourcentage élevé commettait des erreurs cliniques potentielles sérieuses, et beaucoup connaissaient des ruptures de stocks pour les médicaments essentiels.<sup>3</sup>

*Sources:* [3,4,7]

**QUESTION 20: Comment les pouvoirs publics peuvent-ils encourager la prestation privée de services de santé?**

**EN BREF:** Les lois, règlements et dispositions de financement ont été les principaux moyens utilisés par les pouvoirs publics pour encourager ou décourager l'expansion des prestataires de soins privés. Des lois et des réglementations non restrictifs et favorables suffisent souvent pour que le secteur privé commence à s'épanouir. Les ministères devraient entreprendre des évaluations pour déterminer le rapport coût-efficacité de diverses interventions financières de l'Etat en faveur du secteur privé, par comparaison aux résultats qu'on pourrait obtenir si l'on consacrait les mêmes sommes à l'amélioration des prestataires publics.

**Quelles sont les principales options pour appuyer le secteur privé?**

L'Etat peut encourager les prestataires privés en leur offrant des subventions directes ou des contrats pour des services spécifiés et/ou pour la fourniture de services à des groupes cibles. Il peut aussi promulguer des lois, des règlements ou des codes fiscaux qui créent des incitations ou qui éliminent des mesures tendant à décourager le genre de services privés que souhaitent les pouvoirs publics.

Le soutien accordé par l'Etat aux prestataires privés sous forme de subventions a consisté le plus souvent en des dotations pour des lits, pour le personnel, pour le matériel et pour des frais de fonctionnement. Ces subventions ont été offertes presque exclusivement à des prestataires de santé non gouvernementaux qui couvrent des populations mal desservies.

Des aides semblables pourraient être accordées à des dispensaires d'entreprise ou à des prestataires à but lucratif dans les régions mal desservies. Des incitations peuvent être créées pour élargir la couverture de la collectivité avec des subventions directes pour d'importantes interventions de santé d'un bon rapport coût-efficacité. On peut aussi encourager ces prestataires à ajouter à leur gamme de services des interventions qui vont dans le sens des priorités du MS. Une subvention pour compenser le coût marginal de la fourniture de services supplémentaires peut être moins onéreuse que d'établir ou de maintenir des capacités du MS pour desservir ces populations.

Pour être raisonnablement certain que l'octroi de subventions aux prestataires privés est plus rentable que d'améliorer ou d'étendre les services de santé d'Etat, les ministères doivent toutefois effectuer des études coût-rendement avant de prendre une décision.

**A quels niveaux les lois, règlements et codes fiscaux entrent-ils en jeu?**

Les lois, les règlements et les codes fiscaux sont très importants pour les prestataires de soins de santé du secteur privé à but lucratif. Au même titre que l'accès difficile au crédit, l'absence de telles lois peut avoir un effet plus dissuasif sur les prestataires privés qu'une faible demande de la part des populations défavorisées. Le crédit, ainsi que l'adoption de lois, sont du domaine des pouvoirs publics.

> La Tanzanie est un bon exemple de l'effet de la légalisation de l'exercice privé de la

médecine. Après la promulgation d'une loi générale autorisant la fourniture à titre lucratif de soins de santé privés, le nombre total des prestataires privés dans la capitale, Dar es-Salam, a pratiquement doublé, passant de 136 en 1991 à 253 en 1993.[10]

### **Que fait déjà l'Etat pour encourager les prestataires privés?**

- > Le Zimbabwe et le Nigéria accordent des dégrèvements d'impôts aux organismes bénévoles privés. Le Mozambique a récemment adopté une législation qui permet aux organisations bénévoles privées d'établir des formations sanitaires et autorise les compagnies privées à créer et à exploiter des cliniques pour leurs employés.[16]
  
- > Le gouvernement tanzanien fournissait habituellement la quasi-totalité du personnel et des moyens financiers (95 pour cent du montant total des frais) qu'il fallait à des prestataires de soins d'organismes bénévoles, non gouvernementaux, pour le fonctionnement de 17 hôpitaux de district appartenant à des organismes bénévoles. Ces établissements publics-privés, appelés *hôpitaux désignés de district*, jouent un rôle pivot dans le système de santé publique, dispensant des services médicaux gratuits à tous. L'Etat verse aux autres hôpitaux bénévoles des subventions qui sont de l'ordre de 4 à 9 pour cent de leurs recettes.[10]
  
- > Au Zimbabwe, le ministère de la santé dépense environ 4 pour cent de son budget pour subventionner les soins que donnent les missions religieuses à des indigents. Cette subvention se monte à 85 pour cent environ des recettes des missions pour ces services. Le Zimbabwe cherche aussi à sous-traiter auprès d'organisations privées des fonctions en rapport avec le matériel, l'entretien, le blanchissage et la facturation pour les remboursements d'assurances.[13]

**QUESTION 21: Quels sont les principaux moyens d'obtenir un partage des risques ou d'alléger le fardeau que représente le paiement de soins de santé?**

**EN BREF:** Les patients ou les clients peuvent payer la totalité du coût des soins lorsqu'ils obtiennent un service, ou bien ils peuvent payer par le truchement de méthodes souvent désignées par l'expression de *financement social*. Le financement social aide les gens à répartir le risque et le coût des soins médicaux en mettant des ressources en commun, habituellement par le paiement de primes ou de taxes au gouvernement central ou aux collectivités locales. En Afrique subsaharienne, le financement personnel prédomine pour les soins traditionnels. Par contre, le financement social prédomine pour les soins médicaux occidentaux, surtout sous la forme de services de santé fournis à l'ensemble de la population par l'Etat - ces services étant financés par des taxes. L'assurance privée est peu répandue mais elle est en progression dans plusieurs pays.

**Quelles formes revêtent les mécanismes de financement social basés sur le partage des risques?**

Il existe trois grands types de financement social des soins de santé en Afrique:

- > les services de santé fournis par l'Etat à l'ensemble de la population
- > des régimes d'assurance traditionnels, formels, pour les employés du secteur public et/ou du secteur privé
- > des plans d'assurance et de paiement par anticipation au niveau communautaire.

Plus précisément, le financement social des services de santé en Afrique subsaharienne se fait de plusieurs manières différentes:

- > des soins de santé directement fournis par l'Etat et qui sont financés sur les recettes fiscales générales (par exemple, tous les services de santé fournis par l'Etat)
- > des assurances-maladie exigées par l'Etat pour toutes les personnes ayant un emploi - ces assurances sont financées par des taxes sur les salaires et par les employeurs -, et des plans de santé financées par l'Etat pour tous les fonctionnaires - par exemple, la sécurité sociale obligatoire pour toute la main-d'oeuvre du secteur formel au Sénégal et au Mali, la couverture obligatoire des soins de santé par l'employeur au Zaïre; le Kenya National Hospital Insurance Fund pour les employés kenyans du secteur formel; des programmes gouvernementaux pour les fonctionnaires dans la plupart des pays africains)
- > des plans d'assurance-maladie fournis volontairement par l'employeur et qui proposent des services dans des formations sanitaires sur le lieu de travail, ou par le biais de contrats avec des prestataires extérieurs (par exemple, au Kenya, au Libéria, au Nigéria, au Sénégal, au Zaïre et en Zambie)

- > les plans sous l'égide de la collectivité et des plans d'assurance rurale dans le cadre desquels les ménages ou les adultes paient une somme forfaitaire, une ou deux fois par an, et parfois un ticket modérateur au moment de l'utilisation des services d'un établissement sanitaire local (par exemple, au Zaïre, le programme d'assurance de l'hôpital rural de Bwamanda; en Guinée-Bissau, les fonds de paiement par anticipation au niveau de la collectivité pour l'obtention de soins de santé primaires et de médicaments dans les postes de santé villageois; les fonds tournants pour les médicaments dans de nombreuses localités; au Kenya, les fonds du Mouvement Harambee pour les maladies incurables
- > les plans d'assurance-maladie privés, de groupe ou à titre individuel (par exemple, en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Kenya, au Sénégal, au Zimbabwe).[8,9,11,13,14,15,16]

### **Quelles est l'importance du financement social sous l'égide de l'Etat en Afrique subsaharienne?**

Les soins de santé publics, financés par la fiscalité, sont de loin la forme dominante de financement social en Afrique subsaharienne. Les soins de santé fournis gratuitement par l'Etat à tout le monde équivalent à une assurance-maladie universelle, sans ticket modérateur ou franchise. La tarification pour le partage des coûts revient à s'acquitter d'un ticket modérateur pour l'obtention de services. En théorie, les systèmes universels d'Etat consistent à former le groupe de partage des risques le plus large possible en répartissant les coûts des soins de santé sur l'ensemble de la population. Dans les systèmes d'imposition progressifs, ce mode de financement comporte un élément substantiel d'équité.

### **Quelle est l'ampleur de l'assurance-maladie traditionnelle en Afrique?**

Les plans d'assurance et de paiements par anticipation suscitent un intérêt croissant à un moment où les gouvernements introduisent des réformes du financement dans le secteur public. L'assurance-maladie avec un remboursement par un tiers (par le truchement de la sécurité sociale, d'une autre assurance publique, ou par une assurance privée) est surtout courante chez les salariés du secteur formel. Ce genre de couverture, qui est inexistante dans de nombreux pays, peut atteindre de 15 à 25 pour cent au Burundi, au Kenya, en Namibie et au Sénégal. L'assurance-maladie est disponible essentiellement aux ménages urbains et à revenu intermédiaire, ainsi qu'aux ménages de la tranche supérieure de revenu.[13,15] La couverture des employés par l'assurance progresse dans de nombreux pays et elle a doublé dans certains (par exemple, au Kenya et au Sénégal) depuis le milieu des années 80.[16]

Le nombre de pays d'Afrique subsaharienne ayant des régimes formels d'assurance-maladie a doublé, passant de 7 en 1990 à 14 en 1993. Sept pays ont des régimes de sécurité sociale qui fournissent des prestations médicales, 15 pays demandent aux employeurs de payer pour certains services médicaux, 17 n'ont pas de système formel d'assurance-maladie et 8 n'ont pas pu fournir de renseignements sur cette question.[13,15]

### **Que se passe-t-il d'autre dans le domaine de l'assurance-maladie en Afrique?**

Il existe désormais un large éventail de plans communautaires d'assurance rurale et de paiements par anticipation ont été mis au point. (*Voir Question 22*) Les employeurs et d'autres groupes dans plusieurs pays africains ont également formulés des plans informels d'assurance, de paiement par anticipation et de prestations pour répartir les coûts des services de santé.

Des innovations au niveau des employeurs en ce qui concerne l'assurance-maladie et les plans de prestations de santé semblent offrir davantage de possibilités de financement social qu'on aurait pu l'imaginer dans le cadre des réformes du financement des soins de santé.

- > Au Zaïre, les plans d'assurance organisés par les employeurs fournissent environ 30 pour cent des recettes dans le district sanitaire de Kasongo, qui a 30.000 résidents en zone urbaine et 165.000 en zone rurale. Environ 60 pour cent des recettes de l'hôpital de district proviennent d'assurances, contre environ 13 pour cent dans les centres de santé.[13]
- > Au Zimbabwe, les assureurs privés couvraient moins de 5 pour cent de la population à la fin des années 80. Toutefois, les paiements d'assurances représentaient près de 17 pour cent de toutes les dépenses de soins de santé, soit l'équivalent d'un tiers des dépenses du gouvernement central.[13]
- > Au Sénégal, l'assurance privée s'est développée rapidement entre 1987 et 1990, et 15.000 personnes ont souscrit à des plans proposés par huit compagnies. Le financement total par des assurances a doublé en huit ans, passant de 4,4 milliards de francs CFA en 1981 à 8,8 milliards de francs CFA en 1989. A l'heure actuelle, les transferts par le biais d'assurances privées se montent à environ 20 pour cent du total des dépenses de santé.[16]
- > En Tanzanie, 193 employeurs sur 200 qui ont été récemment interrogés avaient une forme ou une autre de plan d'assurance-maladie, de paiement par anticipation ou de plan de prestations de santé pour leur personnel. Environ la moitié des employés avaient conclu des contrats avec des établissements sanitaires privés ou des missions, ou bien ils géraient leurs propres dispensaires ou hôpitaux; 20 pour cent remboursaient les frais médicaux de leurs employés; les 30 pour cent restants utilisaient des variantes de ces deux approches. Environ 90 pour cent des plans étaient ouverts à tous les employés, et la plupart couvraient au moins un certain nombre de personnes à charge. Les plans fournissant des prestations de santé à des employés du secteur public et du secteur privé couvraient au total 13 pour cent de la population (employés et personnes à charge).[10]
- > Au Kenya, il existe trois grands types de mécanismes d'assurance-maladie: l'assurance hospitalière mandatée par l'Etat et l'assurance-invalidité pour les personnes qui travaillent, les fonds du Mouvement Harambee au niveau des collectivités, et des fonds d'assurances privées qui offrent, dans l'entreprise, des prestations santé aux particuliers et aux groupes. Environ un quart des 38 compagnies d'assurance agréées vendent des assurances médicales séparément; les autres compagnies intègrent une composante assurance-maladie à d'autres polices (par exemple, incendie, vol, véhicules à moteur). La majorité des compagnies d'assurance sont situées dans la capitale, Nairobi, mais elles utilisent environ 3.000 courtiers et agents pour commercialiser leurs politiques dans tout le pays. Ces polices d'assurance-maladie couvrent le plus souvent les hospitalisations, les médicaments thérapeutiques et la

chirurgie. Le nombre des polices d'assurance-maladie de groupe a été augmenté de 265 pour cent entre 1980 et 1991.

Les employeurs privés au Kenya sont les principaux acheteurs d'assurances-santé de type traditionnel. Les petites sociétés ou celles qui ne sont pas agréées détiennent environ 20 pour cent des polices d'assurance-maladie. Les employeurs ont plusieurs options: fournir une assurance de groupe formelle, rembourser les employés pour leurs frais médicaux (22 pour cent), fournir des services médicaux directement dans un dispensaire d'entreprise, ou rembourser un autre prestataire directement (30 pour cent).[11]

**QUESTION 22: Les assurances et autres formes de financement social conviennent-elles pour les populations rurales à faible revenu d'Afrique?**

**EN BREF:** Les réformes du recouvrement des coûts au sein du système de santé publique incitent à envisager d'autres mécanismes financiers pour aider à maintenir les systèmes de tarification et pour les rendre abordables et équitables pour les patients - surtout pour les ménages à faible revenu et les ménages ruraux. Ces autres mécanismes - tels que les assurances individuelles et de groupe de type traditionnel, divers types de plans de paiement par anticipation, ou les fonds communautaires réservés aux soins de santé - peuvent fonctionner soit séparément, soit en liaison avec un régime parrainé par l'Etat. Certains pays utilisent déjà certaines de ces options, surtout des variantes de plans communautaires, mais ces formules pourraient être encouragées davantage. L'assurance s'accompagne également d'inconvénients contre lesquels il convient de se protéger. Certaines leçons ont été apprises concernant les mesures appropriées à inclure dans la conception et la mise en oeuvre de ces plans pour qu'ils soient efficaces pour les populations africaines à faible revenu.

**Tandis que les gouvernements d'Afrique subsaharienne s'intéressent de plus en plus à la tarification pour couvrir les coûts, quels sont les avantages des plans d'assurance et de paiements par anticipation?**

La plupart des pays d'Afrique subsaharienne qui ont entrepris des réformes majeures du financement de la santé se sont concentrés sur des changements dans le contexte de la formule de financement qui domine et qui est appliquée depuis longtemps - à savoir, des services gratuits, fournis directement par l'Etat et financés par l'impôt. Le principal changement a été l'introduction de la tarification, une forme de ticket modérateur qui couvre une partie du coût des soins dispensés dans les formations sanitaires publiques. L'introduction de ces changements a donné une importance accrue à d'autres mécanismes de financement social - en particulier les régimes traditionnels d'assurance-maladie et les systèmes de paiement par anticipation qui sont plus simples - pour compléter et soutenir la tarification.

Les plans d'assurance et de paiement par anticipation constituent des moyens complémentaires pour:

- > améliorer l'accès et l'équité en répartissant les risques et les coûts des services de santé sur un groupe comprenant de nombreux utilisateurs
- > renforcer les efforts de recouvrement des coûts en permettant des relèvements des tarifs. On mobilise ainsi des recettes complémentaires pour aider au financement de services sanitaires publics et on libère des ressources pour d'importants services qui ne sont pas couverts par les assurances.
- > éliminer la nécessité pour l'Etat de subventionner les soins de santé, en particulier les

- > améliorer les chances que les prestataires de soins publics et privés soient payés pour leurs services.

### **Comment marchent l'assurance rurale et le financement social au niveau communautaire?**

Dans le cadre des *plans de financement social au niveau communautaire*, les populations paient chaque année, d'avance, un somme forfaitaire pour:

1. se protéger contre le risque de frais médicaux pouvant être élevés ou inabordables; et
2. répartir le coût des services de santé entre les personnes qui sont malades et celles qui ne le sont pas.

Si les primes et les paiement de taxes sont progressifs en fonction du revenu, les ménages nantis aideraient aussi à payer pour les membres les plus défavorisés de la communauté.

Un comité sanitaire au niveau de la communauté gère habituellement ces fonds pour financer les services de santé au niveau du dispensaire, du poste de santé ou du centre de santé dans le secteur. Les comités locaux fixent des tarifs pour les services et les médicaments, et ils établissent des règles pour les exemptions de paiement (par exemple, pour les indigents, pour les personnes souffrant de maladies chroniques ou pour les handicapés). Les prestations se limitent habituellement aux services disponibles au sein de la communauté. Les communautés africaines ont utilisé ce mode de financement collectif pour les soins de santé primaires et préventifs, ainsi que pour les soins hospitaliers.

Plusieurs pays africains utilisent des *plans de financement social au niveau rural* et des *plans d'assurance*.

- > Au Niger, le Ministère de la santé a récemment essayé un plan de financement social dans un arrondissement rural dans le cadre d'un test portant sur des méthodes de recouvrement des coûts pour améliorer la qualité et l'utilisation des services de soins de santé primaires et préventifs dans les établissements de santé non hospitaliers. Le plan comportait le paiement d'une taxe locale de 200 francs CFA par adulte (0,78 dollar d'avant la dévaluation de 1994) et un ticket modérateur forfaitaire par épisode de maladie, tandis que les services préventifs (par exemple, vaccination, soins prénatals) continuaient d'être fournis gratuitement. Le ticket modérateur, plus élevé pour les adultes (50 francs CFA, 0,20 dollar d'avant la dévaluation) que pour les enfants de moins de 5 ans (25 francs CFA, 0,10 dollars), permet au patient d'obtenir les médicaments qui sont nécessaires pour son traitement.<sup>24</sup> Compte tenu du succès de ce plan, le gouvernement a autorisé son application à l'échelle nationale. (*Voir Encadré 5-2.*)

## **ENCADRE 5-2 TAXE LOCALE ET TICKET MODERATEUR**

Dans un arrondissement pauvre du Niger, une méthode de financement social utilisant une taxe locale, plus un ticket modérateur pour chaque épisode de maladie, s'est avérée efficace et acceptable lors d'un test pilote. Cette méthode a donné de meilleurs résultats que les paiements à l'acte directs en générant davantage de recettes, en couvrant un pourcentage plus élevé du coût des médicaments, en recevant un taux de satisfaction plus élevé de la collectivité, et en obtenant de meilleurs taux d'utilisation. Les deux arrondissements tests ont préféré le financement social au simple paiement à l'acte car ils estimaient que cette méthode était plus facile et moins chère à appliquer au moment de l'utilisation. En outre, les habitants les plus défavorisés, de même que les plus nantis, déclaraient qu'ils étaient disposés à payer des taxes plus élevées si cela garantissait que des médicaments seraient disponibles lorsqu'ils en auraient besoin.

*Source:* [5]

- > Au Zaïre, la zone sanitaire de Bwamanda a institué un programme d'assurance comme moyen de générer des recettes pour son hôpital de recours et pour organiser la prestation de services. Les gens paient une prime forfaitaire par ménage, une fois par an. Le plan couvre uniquement les services hospitaliers et le traitement des problèmes chroniques dans les centres de santé. Il est géré par la zone sanitaire, et la participation est volontaire, mais toute la famille doit s'inscrire, si un membre souhaite adhérer au plan.

Lorsqu'ils utilisent des services hospitaliers, les participants au plan paient 20 pour cent du tarif qui est demandé aux patients qui ne sont pas assurés. Les inscriptions sont passées de 30 pour cent de la population au début, en 1986, à 60 pour cent en 1989. Depuis sa deuxième année de fonctionnement, les recettes que rapportent au plan les primes et les intérêts dépassent les coûts des services couverts qui sont fournis aux membres. Les frais administratifs ne se montent qu'à 5,7 pour cent des primes. Les frais d'hospitalisation représentent environ 90 pour cent des coûts du plan, et le centre de santé facture environ 5 pour cent pour les soins chroniques. Les ruptures de stocks sont rares.[14]

- > En Guinée-Bissau, les systèmes villageois de paiements par anticipation ont démarré en 1980 après l'introduction par le gouvernement de la tarification dans le système national de santé. Les fonds de paiements par anticipation (*abotas*) ont contribué à garantir la disponibilité d'un nombre restreint de médicaments dans les postes de santé villageois parce que les gens n'avaient pas d'argent frais durant une bonne partie de l'année. Les modalités varient d'un village à l'autre mais la plupart des adultes versent une contribution deux fois par an et ils obtiennent des coupons leur donnant droit à des consultations et à des médicaments gratuits, ainsi qu'à être gratuitement dirigés et soignés dans un établissement de l'échelon suivant, si nécessaire. Chaque comité de village fixe ses propres taux de paiement par anticipation (par exemple, un taux forfaitaire par adulte ou un taux plus élevé pour les hommes), il décide d'accepter ou non des paiements en nature, et décide qui paiera (par exemple, tous les adultes, les hommes seulement, ou les ménages) et qui recevra des soins gratuits sans avoir cotisé (par exemple, les personnes les plus démunies, les handicapés, les personnes de passage qui ont une urgence).

Dans les 450 villages qui ont adopté ces plans, la participation est de 90 pour cent mais les succès sont variables en ce qui concerne le recouvrement des coûts, le maintien des stocks de médicaments, l'amélioration de l'utilisation et de la qualité des agents de santé villageois. Pour acheter davantage de médicaments, les sites villageois enquêtés avaient augmenté au moins une fois le paiement par anticipation initial (les montants perçus, par homme adulte, étaient en moyenne de 0,20 dollar en 1988). Parmi les villageois enquêtés, ceux qui en avaient les moyens étaient disposés à payer davantage. Le contrôle par la collectivité a permis d'éviter une utilisation des fonds à mauvais escient.[6,18]

## **Quels sont les inconvénients de l'assurance?**

De nombreux plans au niveau des employeurs sont moins efficient pour ceux-ci et moins efficaces pour les employés qu'ils pourraient l'être.[3,16] Les mécanismes d'assurance-maladie, s'ils ne sont pas soigneusement conçus, peuvent aussi conduire à des coûts excessifs et à des inégalités entre les personnes qui sont assurées et celles qui ne le sont pas. (*Voir Encadré 5-3.*) Les effets potentiellement négatifs doivent être suivis de près dans le cas des assurances qui couvrent les soins hospitaliers. (*Voir Question 18*)

## **Quels exemples peut-on donner de plans d'assurance rurale et financement par anticipation qui ont réussi?**

L'expérience encore limitée au sujet des mécanismes d'assurance rurale et de paiements par anticipation en Afrique subsaharienne suggère que les programmes ayant réussi présentent les caractéristiques suivantes:

- > ils assurent un accès satisfaisant à des soins de qualité
- > ils limitent les prestations pour maintenir les primes et les paiements par anticipation à un niveau abordable
- > ils fixent les taux avec soin pour qu'ils soient conformes aux schémas d'utilisation prévus et à la capacité des populations à payer
- > ils encouragent une utilisation d'un bon rapport coût-efficacité en incluant une forme de ticket modérateur pour les services au moment où ils sont fournis
- > ils prévoient des paiements de primes souples et pratiques
- > ils ciblent les subventions avec soin pour qu'elles incitent au maximum les gens à adhérer au plan
- > ils établissent des méthodes administratives, comptables et de vérification qui sont simples
- > ils commercialisent énergiquement le plan pour que les consommateurs soient bien informés au sujet des avantages, de l'amélioration de la qualité et des économies potentielles qui découleraient de l'adhésion.[12,13,16]

### **ENCADRE 5-3 AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE L'ASSURANCE**

Pour que les services de santé soient plus abordables dans les pays qui ont adopté la tarification, un recours accru à l'assurance-maladie ou au ticket modérateurs deviendra sans doute nécessaire dans les formations sanitaires publiques. Si les tarifs augmentent suffisamment pour couvrir dans leur intégralité les charges récurrentes, cette méthode ainsi que d'autres formules de partage des coûts s'imposeront, surtout pour les soins ambulatoires dans les grands hôpitaux.

Toutefois, pour pouvoir contribuer au maximum aux efforts de réforme, les plans d'assurance-maladie doivent être conçus pour éviter les problèmes habituels: une utilisation excessive des services par les personnes assurées; les écarts entre les personnes qui sont assurées et celles qui ne le sont pas; des coûts administratifs élevés; et une escalade des coûts résultant d'incitations incorrectes à l'intention des prestataires.

*Sources:* [13,1,8]